

Title	看護の知
Author(s)	若村, 智子
Citation	京都大学医療技術短期大学部紀要. 別冊, 健康人間学 (1993), 5: 35-42
Issue Date	1993
URL	http://hdl.handle.net/2433/49505
Right	
Type	Departmental Bulletin Paper
Textversion	publisher

看 護 の 知

若 村 智 子

The Knowing of Nursing

Tomoko WAKAMURA

ABSTRACT: Medical science has developed with the advance of modern science, which posits methodologies to elicit quantitative data from observable phenomena and reveal causal relationships. But many human problems remain unsolved. According to Y. Nakamura, contradictions between the development of science and human life cannot be solved by today's science. We should develop another sort of science, i.e. a human science, defined as an action of pathos, that is, the relationship of interactive subjectivity not activity.

In this paper, we suggest that human science is essential to nursing. Obviously, the nurse-patient relationship at the bedside is interactive. Patients are not mechanistic objects, but subjects calling for help and communication with the nurse. Patient and nurse should be on an equal level, that is an important factor in "caring".

In nursing science, "human-environment simultaneity paradigm" focuses on the healing process and a meaning beyond the momentary relation. It is an alternative to "traditional totality paradigm", which focuses on the natural science as the total sum of parts. (R. Parse. 1981)

We now need a new paradigm of nursing. Nursing should be scientific, yet it is more than that. It can be characterized as a knowing of nursing.

Key words: Nursing science, Knowing of Nursing, Human science, Caring, Relativity

は じ め に

近代科学の発展とともに技術、特に医療技術もめざましく進歩した。それに伴うように看護も発展しながら歩んできた。しかし私たちは今、

技術および結果のみを重視する思考の支配という現実に出会わなければならなくなった。テクノロジーの発達による環境の破壊、文明の発達をもたらした人間性の欠如などの問題……。そのために、あらゆる事柄についてのパラダイム

の転換が言われるようになってきている¹⁾。私たちは科学技術の進歩と人間との関係をもう一度考えなおしてみる時期にきている。

中村は近代科学の知と対立する位置を占める知を「臨床の知²⁾」と名付け、究明している。この「臨床の知」を看護の立場で考えてみるとどのような見方ができるのか、これから考えていきたいと思う。

1. 臨床の知とは何か

17世紀の科学革命以後、近代科学の方法と真理は人々に信頼され、説得力を持ってきた。それらは現在もなお有効である。近代科学は、それが対象を全体から切り離して、部分として見る限りでは「普遍性」があり、またその「論理性」、「客観性」の点で説得力があった。しかし、身体性を持ち、パトス的であり、世界の中の存在としての人間、そしてその「経験」などに、どのようにして関わればよいのか、「科学」と同じ関わり方でよいのかという疑問が出てくる。中村は「科学」として発達してきた知を「科学の知」と呼び、それに対して世界の中の存在

としての人間の経験に関わる知を「臨床の知」と名付けたのである。

中村は「科学の知」は(表1³⁾参照)「事物や自然を基本的に等質的なものと見なす立場(普遍主義)であり、それらのうちに生ずる出来事をすべて論理的な一義的因果律によって成り立っているとする立場(論理主義)であり、それらを扱う際に、扱う者の主観性をまったく排除して、それらを対象化して捉える立場(客観主義)である⁴⁾。」という。それに対して、「臨床の知」は「一つ一つが有機的な秩序をもち、意味をもった領界と見なす立場(コスモロジー)であり、物事をそのもつさまざまな側面から、一義的にではなく、多義的に捉え、表す立場(シンボリズム)である。」そして「行為する当人と、それを見る相手や、そこに立ち会う相手との間に相互作用が成立していること(パフォーマンス)⁵⁾」と説明している。

「臨床の知」は、「科学の知」が客観的でなければならぬために今まで切捨てられてきた現実をあらためて考えようとする知である。患者と看護者との、計算しつくせない相互のケア

表1 科学の知と臨床の知の仕組み

科学の知	臨床の知
能動の立場 (構造原理)	受動、相互作用を含む立場
普遍性：無性格、均質的	コスモロジー：有機的、有意味性
論理性：一義的	シンボリズム：多義的
客観性：一方的	パフォーマンス：相互作用
技術的再現可能——定型化	モデル化——定型化しにくい
自然や人間を支配	
自然環境破壊による受苦	
対処の知の欠如	
抽象的普遍性により分析的に因果律に関わり操作的に対象化する	個別性を重視し深層の現実に関わり隠された意味を相互行為の内に読み捉える
冷やかな眼差しの知、視覚独走の知	諸感覚の協働に基づく共通感覚の知
仮説と演繹推理、実験の反復	直観と経験、類推の積み重ね (経験の構造)
	体験により
	否応なく被る<受苦>
	によってもたらされる学び
	—能動
	—受動
	—認識

のようなものもこの知の上での特殊なあり方として成り立つのである。

2. 臨床の知と医学の知

医学の歴史について、フーコーは次のように述べている。「たしかに、長い間、医学的経験は開かれたままであったし、見ることと知ることとの間に或る平衡が発見され、それがあやまちをふせぐ作用を果たした。『はるか昔の時代には、医学の技術は、その対象たるものの面前で教えられ、若者たちは病人のベッドの傍で医学を学んだ』。学生たちはしばしば医師の家に泊まりこみ、先生が患者のところへ朝夕往診するたびに、先生について歩いた。この平衡の最後の証人はヒポクラテスで、同時に彼はこの平衡の最もあいまいな代表者であるという。つまり、(紀元前)五世紀のギリシア医学は、この普遍的、直接的臨床医学のコード化にほかならない。⁵⁾」確かにヒポクラテスは、臨床家であり、「観察だけに執着し、すべて体系というものを蔑視した。⁶⁾」、そして観察を記述することで、「診断」よりも「予後⁵⁾」に関心を持っていた。ヒポクラテスの医学は、今日のいわゆる自然科学的医学であることよりも、むしろ「臨床の知」であったといえる。

しかし「ヒポクラテスが医学を体系に還元してしまった後では、観察が放棄され、哲学が医学に導入された。⁵⁾」とフーコーは述べている。ヒポクラテス以後は、臨床医学は体系付けられる⁷⁾とともに「臨床の知」の特徴を失い、近代的な医学へ、つまり「科学の知」へと変容していった。そして医療は診断と治療のためにいろいろな「学」を発達させた。21世紀を前にして遺伝子治療や臓器移植などのこれまで不可能だったものが可能になりつつある。

もともと臨床医学は、病気の種類を診断し治療をすることではなく、病める人を癒すことが目的であり、そのために「医療のテクネー(技術=アート)が働くのは、個々の患者との相互関係⁴⁾」においてである。むしろ現在の病院ではなかなか同じ立場で、患者と医師が話合うこ

とは難しい。だから「医師—患者—関係」の見直しが大きなテーマになっている⁸⁾。ところが医療はまだ「冷やかな眼差しの知、視覚独走の知」⁴⁾つまり「科学の知」のとりわれから脱却していない。

3. 臨床の知と看護の知

医学は、「生命への畏敬」を基本の格率にしながら臨床医学やテクノロジーを発達させてきた。そしてそれは、病気を対象として捉えながら、「操作の知」という形で、臓器移植の技術をも可能にした。しかし技術的には多くのことが可能になったが、今、環境や生きている世界の中で、生命倫理の問題が起こっている。それは医学の立場のみからでは解決できない問題である。

このような状況の中で、看護学も医学をモデルに成立してきた歴史的経緯がある。データの客観的な読み取りや看護技術の科学的な考察などにおいて「科学の知」に負うところも多い。

しかし、看護学が関わるのは病気ではなく、病める人である。したがって、単に普遍性の立場から病める人を対象化して捉えるのではなく、個々の事例のもつ意味を重視していく必要がある。その患者の置かれている具体的状況を、中村は「トボス(場所)²⁾」として考えている。これは近代科学、近代的な時間・空間概念以前のアリストテレス的な考え方であり、生きられる空間、「包み込む物体の内側の境界^{2,9)}」のことである。科学の尺度をもって計ることのできないトボスは、看護における患者との関係の意味を考えていく際に重要な概念でもある。

看護を実践していく上での、患者との関係や、関係を成立させる場については「科学の知」では説明ができない。

4. 看護記録における看護者の主体的経験の必要性

その具体例として取り上げられるのは、過去の看護記録の内容である。一般的には患者のバイタル・サインとしての身体的な徴候と医学的

治療に関する記録はあっても、観察者としての自分や看護介入そのものについては、単にタイトルのみを記すか、あるいは介入について単語的にメモをするに過ぎない。それには患者の反応とその結果として行ったケアや使用した薬物などを記録して済みますことが多い。

かつて、レトロスペクティブに「不安への看護介入」について調査したことがあるが、その時、看護の介入内容とその結果（患者の様子）が記述されていないことにあらためて気づいた。

例えば、看護記録に夜間の睡眠状況について「入眠中」のスタンプが押してあるだけである。それでは果して本当に眠っていたのかどうか、どんな眠りであるかがわからない。「そばで観察していてもスヤスヤ寝息を立てていた」と書いてあれば本当の意味のある記述になるであろう。また術前に睡眠薬をいつもとは違うように使っていて、ただ「ハルシオン錠」や「不眠のため」というような客観的な記録がなされる。患者が眠れない時に、一体どのような状況であったのかをもう少し記述してほしいように思う。

看護記録について、黒柳は次のように述べている¹⁰⁾。

「『十時三十分。独歩入院、アナムネ聴取。オリエンテーション施行、十六時、体温三六度、脈拍七八、特変なし。明日、検査の旨説明す。二十時、特変なし、二十二時、就眠中』

入院当初の心境を理解するならば、閉じられた臉のなかでは瞳は見えぬ涙で濡れていたことであろう。ところで看護記録とは何であろうか。なるほど、記録というものには客観性がなければならない。感想文集ではない。そうはいっても、患者さんが生涯のうちで最もショッキングな出来事としているであろう、入院日の記録としては、あまりにも無味乾燥である。」と。

これは今まで近代科学としての医学の影響の下で、看護は治療の効果や患者の様子については書いてもよいが、看護者の主体的な「経験」の記述はむしろタブー視されてきた結果である。個々の看護者の「経験」に差異があることの重要性になんとなく気がついてはいるが、それ

をどのように方法化して表現していけばよいのかを考えることは、難しい問題である。

5. 看護の経験とは何か

私たちは、「科学的に」、あるいは「客観的に」という言葉の陰で私たちの「経験」を自ら見失ってきたのではないだろうか。中村の言うように、「事物や自然を扱う際に、扱う者の主観性をまったく排除して、それらを対象化して捉える立場⁴⁾」であることが第一義であるために、看護は、私たちの経験してきたひとつひとつのことを省略して、患者の「訴え」とそれに対する介入の「結果」の記録に重点をおいてきたのではないだろうか。

具体的な臨床の経験の立場から考えると、患者の病状の変化を含め日常の生活の様子は、申し送りの形で伝達されて引き継がれている。看護は昨日から今日、今日から明日へと申し送りをしながら、つないでいく形で成り立っている。自然な形で実践行為は個々の看護者の個性が出るものではあるが、全体としては、むしろ同じものの提供の継続を前提としている。つまり「一般的なものであること」、「没个性的であること」が基本になって行われている。しかしその中で、個々の個性的な部分とその積み重ねが、工夫されるべきものであり、それが「経験」を形づくると考えられる。しかし、普段は日常的な実践行為の繰り返しのうちに埋没して、私たちは自らの個性的な深まりをすることを忘れてしまっているのではないだろうか。

実践的な学としての看護学について池川¹¹⁾は次のように述べている。看護学は「数学的理論スタイルの学でもなく、技術一般に見られるような作業工程に知的に通暁しているという専門知でもなく、また手工業の術や技量そのものに関わる意味での技術学でもないことは明白である」。これは看護が通常の技術的な操作とは違った技術であることを表している。

クーンやポランニーが「いかに知ること」と「それを知ること」との差異を指摘した。つまり、看護の知とは方法が先にあって、それに従

って実践がなされるのではない。それは実地に具体的な病む人との関わり、つまり「経験」を通して、関わりの内から出でくる知であり、方法である。

6. 看護とは何か

私たちは「ケアする」という言葉を使ってよく話をしている。ケアのことは、新聞やテレビに出ない日はないほどである。最近、在宅ケアやターミナルケアから、ケア付きハウスとか、ケア保険とか、さらには、ケアドッグやケアキャットなどというものまで話題になっている¹²⁾。

看護する、つまり広い意味でのケアすることを、ハイデッカーは『存在と時間』のなかで「気遣い *Sorge*¹³⁾」という言葉で人間の存在様式として説明している。人間が存在しているということは、人間が何ものにもましてもの存在を「気遣っている」ということである。

すなわち人間は常におのれ自身の存在に関わりを持ちながら存在している。たえず他人やまわりの事物や自然に対して心配しながら生きていることも、究極的にはおのれ自身の存在について関わりつづけていることに含まれる¹⁴⁾。看護について言えば、他人に対して心配し、関心をもち実践行為につなげていくことが自己への関わりを深めていくことになる。

また石井は痛みを例にして、痛む私と身体の関係を決のように述べている。「デカルト的な機械論的自然観や機械論的身体観に基づいた近代的医学が健康や癒しの事実に対して無力である根本理由がここに存する。医学が語る身体は真に具体的な身体ではない。健康科学はどこまでも具体的に、身体＝私自身の直観に立脚する。私ののびきならぬこととして関わる関わり方がケア *cura*, *Sorge* にほかならない。¹⁵⁾」と。

この「気遣い」の存在様式は、実は相互的な関係を意味する。看護者と患者とは同じ位置関係で共に存在するものであり、看護者から患者への一方通行の関係ではない。ここで思いつくことは、患者のケアのためベッドサイドを訪れる看護学生の体験である。専門的な知識の不足

や技術の未熟さのために、逆に患者に看護してもらっている場面は臨床でよく目にするのである。

これは看護者と患者との関係を問う時、看護者が、看護の目的を達成するための関係だけではなく、主体としての患者から受ける訴えやねがいについて、同じ位置関係で考えなければいけないことを示している。

看護の目的は病気の診断をすることではない。看護は「現にある、あるいはこれから起こるであろう健康問題に対する人間の反応を診断 *Nursing Diagnosis* し、かつそれに対処 *treating* することである」(ANA)¹⁶⁾と定義されるように看護の実践は、それぞれの人間について、より健康な生活への援助を術としている。看護は看護者と病める人である人との相互行為として成立する。またこのことから考えて、臨床医学にも増して看護は「臨床の知」であると考えなければならない。

7. 看護者—患者—関係

病める人を看護することについて、清川¹¹⁾は「人間の行為そのものであり、ひいては自分自身を問うことである。患者を生かしめる手だてとして看護者は自分自身の生きていることを認識しなければならない。」と述べている。

ここで、彼女は患者と看護者との関係において、相互主体的な存在による相互作用の重要性に、私たちの意識を向ける必要があることを指摘している。つまり、患者自身におこる変化の結果ではなく、私たちがそこにいる環境や周囲のものからの影響も含めた相互作用が重要なのである。

私たちの出来事との出会いを、中村は次のように説明している。「能動的に、身体をそなえた主体として、抵抗物を受け止めながら振舞うときに、経験となる。それは共通感覚 *common sence* によって統合される。共通感覚は知覚において統合力をもったものとして能動的であるのに対して、想像においては、感覚印象に働きかけるから受動的（パソスの）である。つ

まり、受動的能動を結びつけるものは身体性を帯びた人間の行為を介してである。⁴⁾」

看護の「経験」は、因果律でとらえられると考えられた現実への関わりではなく、「共通感覚的な知⁴⁾」として患者との相互関係により成り立つのである。

メイヤロフ¹⁷⁾は自分の他人への関わり方において重要なことは、その場にいること in place であると言い、ケアによって、ケアされる人が治癒に、また自己実現に向かうばかりではなく、ケアする人も変化し成長し続けるのであり、ケアはものと自分を一体化させながら自分自身の生の意味を生きることでであると述べている。看護の実践が、実に具体的な場における人間本来の関係の実現を導くものである。

さらに技術についてハイデッカーは「以前そこに存在していなかった自然を「仕立て」て近づきうる、扱いうるものに⁴⁾」と説明する。技術を現存在の意味連関の構造の中でハイデッカーは説明しているのであるが、この考えをもとに、ベナーは「類推と結果としての経験が専門知識・技術の条件であるが、それが expert に到達すると分析のみに頼るのではなく、全体論的に見渡すことで判断・評価ができるようになる¹⁸⁾」、と述べている。これは「部分の総和」で証明されるとする「科学」では説明できない「経験」である。看護している私自身の成長過程を含めて、看護の経験の意味は、患者との相互主体的な、相互作用としてのケアにある。

8. もう一つの Nursing Science

パースイ¹⁹⁾は人間と環境の全体性 totality のパラダイムの他に同時性 simultaneity に基づくパラダイムを対比させ考えて、伝統的な世界観に基づく見解に対して、新しい見解を展開している。

全体性 totality のパラダイムでは、人間は部分の総和としての人間 man、生物学的—心理学的—社会学的—精神的な有機体であり、そしてその人を囲む環境は、バランスを持続したり、促していくために巧みに扱うことが可能なもの

としてある。このように考えると看護のゴールは、ヘルスプロモーションや病気のケアやケア、予防などである。看護の主体や第1の意志決定者は看護者である。その看護のケアプランは、システム化され、個人のニーズを満たすために応用される。また、看護実践の結果は、適応レベルやケアを受けた人のゴール達成で量的に測定することが可能である。これは、因果関係において一貫性があり、伝統的な看護過程であり、操作的であると言えることができる。

一方、後者のパラダイムでは、人間 man は部分の総和ではなく、それ以上のものであり、人間と環境は相互のリズミカルなやり取りにおいて、自由な選べる開かれた存在である。健康は人に開かれたものであり、ふさわしい健康というものはない。このパラダイムでの看護のゴールは個人 person の将来の見通しからの生の質 quality of life である。この際、対象化する病気は重要ではなく、ヘルスパターンを変えることに関連する個人や家族との瞬間を越えた動きや、その意味を照らすことが焦点にくる。そして看護に対する主体や第1の意志決定者はもちろん個人 person である。また統合された看護のケアプランはなく、人 person—看護者の関係がその実践を決定する。看護実践の結果は、個人によって記述されるものであり、質的なものである。そのために伝統的な看護過程は、様式としてふさわしくないのである。

つまりこのパラダイムは、看護者と個人や家族との意味を明かにし、そのリズムに同調し、立場を超越することで、同時性 simultaneity のパラダイムとなるのである。彼女はあえて患者を個人と呼び、対象化しようとしていないように、このパラダイムは、いままで述べてきた相互主体的な相互作用を大事にするという点で、一致すると考えられる。

9. 看護の知

ここに一つの学生の記録がある。患者は全盲であり、手術がなされた。学生は入院から術後の数週間を患者とともに看護をした。

「私（学生）は、彼（患者）が手術後ベッド上安静で何もすることがなく過ごしていると、疼痛に意識が集中し、苦痛が増大するのではないかと考えた。なるべく他のことに意識が向けられるように、気晴らしの時間が持てるように、また、日頃持てないような、ゆっくりと考える時間がある時だからこそ、何か日頃体験できないようなことができるのではないかと考え、私（学生）は看護計画を立案していった。」「その内容として、患者のために本の朗読をすることを考えた。患者は35才から全盲となり、点字もやっていないので、本に接する機会がなかった。以前は松本清張が好きで、よく読んでいたという話から思いついたのである。」

この学生は、ケアリングについての予備的知識を持っていた。しかし、本を朗読するということは、彼女がその患者との具体的な関わりの中で、思いついたことである。そして実習終了時には、この看護の関わりに患者ばかりではなく、家族や学生自身も大きな満足感を感じることができた。また単に医療的なその時に必要なケアを実践すること以外に、患者と人生の一部の時間をともにしたことに意義を見だし、life そのものについて考える機会になった。学生はワトソンのいうトランスパーソナルな関係についても論じており、患者との関係を通して、入院時から職業的な看護者－患者－関係を越えた充実した人間関係を確立したのである。

「患者にとって問題となることは何か、障害となっていることは何か」ということを明らかにし、介入していくことが、今日の問題解決法としてアセスメント、看護診断、プランニング、実行、評価の一連の看護過程である。そこでは苦痛の緩和や医学的処置などが関心事となる。学生は、その時、本の朗読というさして問題にならない手段で介入したのであるが、「私のやっていることは、これでいいのだろうか。看護プロセスにあてはめて考えていくことは難しい。」と絶えず、不安を感じていた。しかし、実習時間外も病棟に出かけ、学生は積極的に、楽しそうに患者と関わっていた。これは、自分

の実践行為を伝統的な看護過程に、無理に当てはめようとしていたために、学生は実習そのものに罪悪感を感じていたと考えられる。

これは科学的な関わり方とはちがって、患者の心と直接に触れ合って主体的に関わったケースであると言える。これは今までの看護のあり方、科学的な視点では、比較的顧慮されることが少なかった局面である。

ワトソンはケアリング²⁰⁾の考えのなかで、「看護は、従来のサイエンスではなく人間科学の視座をとることによって、ヒューマンライフを、驚きと畏れと神秘に満ちたかけがえのない宝物として眺めることができる。また方法として、看護を受ける個人と看護婦個人の内面の主観的世界の意義を考慮に入れられるようになるし、外側から観察した世界ではなく、経験の内部の世界を研究していけるようになる。さらに、自らを方法の一部と化すことによって、身を離して遠くから客観的に操作し、サイエンスの成果を何よりもまず念頭におくという態度とは違って、自らを臨床研究の渦中に投じることでもあるようになる。加えて非人間的なよそよそしいテクニックと表面的な振る舞いに力を注ぐのではなく、看護ケアと人間の内面の主観的経験を、親しみのある個人的色彩の濃い人間的なものとして追求できるようになる。」と述べている。

このように個人としての関わりや主体的な経験の大切さについてここでも述べられている。これは看護者の自己の成長や、患者との相互作用を直接実感することで可能になる。これはまた看護をしていく上での喜びでもある。

また、チップマン²¹⁾は、看護者の自己をtherapeuticallyに使う必要性を述べている。自分自身を使うという発想がとても新鮮に思われる。自分自身を（道具として）使うことは、creativeな行為であり、看護がアートであると言われることに一致する。自己をtherapeuticallyに使うことは、看護介入の方法のひとつであり、今後も関心をもってこれについては考えていきたい。

看護科学としての新しいパラダイムは、まだ看護の介入方法が不明瞭であることなど解決されるべき課題も多いが、中村の言う「臨床の知」の枠組みとはほぼ同様であると言うことができる。看護学も量から質への転換の時期であることが感じられる。

私は伝統的な、医学的根拠に基づいた看護も一つのパラダイムとして大切だと考える。しかしこの学生のような満足感を患者とともに感じられる看護の実践を大切にしたいと思う。それは、私にその満足感を学生のみならず、患者やその家族たちまでもが、話してくれたエネルギーを何らかの形で表現したいと思う気持ちからである。私個人の考えであるがそれが看護の「土着的」なものであり、原点であるような気がする。

結論として「人間は矛盾にみちた存在として、病む人 *homo patiens* でありまたともに病む人 *homo compatiens* である²²⁾」看護は中村の言う「臨床の知」に相当するパラダイムであり、つまりここに「ともに病む、ともに生きる」看護が存在することを私は確信する。

稿を終えるにあたって、たくさんのアドバイスを頂いた本学石井誠士助教授、並びに大切なヒントを頂いた近田敬子助教授、同僚の荒川千登世助手に感謝致します。

文 献

- 1) Kuhn TS: 科学革命の構造 (中山茂訳). 東京: みすず書房, 1991: 1-277
- 2) 中村雄二郎: 術後集. 東京: 岩波書店, 1984: 1-218
- 3) 内田宏美: 臨床の知の仕組み. 健康人間学研究會資料, 1992
- 4) 中村雄二郎: 臨床の知とは何か. 東京: 岩波書店, 1992: 1-223
- 5) Foucault M: 臨床医学の誕生 (神谷美恵子訳). 東京: みすず書房, 1992: 1-316
- 6) Zilboorg G: 医学の心理学史 (神谷美恵子訳). 東京: みすず書房, 1980: 1-413
- 7) 平井富雄: メランコリーの時代. 東京: 社会思想社, 1991: 1-246
- 8) 辻本好子: COML の活動も3年目です. COML ニュースレター 1993; 29
- 9) 岩田靖夫: ケノン・コーラー・トボス. 東京: 岩波書店, 1985: 2-35
- 10) 黒柳弥寿雄: 閑なる死. 東京: ゆみる出版, 1992: 1-270
- 11) 池川清子: 看護 生きられる世界の実践知. 東京: ゆみる出版, 1991: 1-204
- 12) 石井誠士: ケアの文化の創造に向けて: The Home Care 1992; 6: 29-30
- 13) Heidegger M: 存在と時間 上 (桑木務訳). 東京: 岩波書店, 1985: 1-131
- 14) 渡辺二郎: ハイデッガー「存在と時間」入門. 東京: 夕斐閣, 1985: 1-252
- 15) 石井誠士: 学としての健康科学. 健康人間学 (京大医短部紀要別冊). 1988; 1: 5-22
- 16) アメリカ看護婦協会: いま改めて看護とは (小玉香津子・高崎絹子訳). 東京: 日本看護協会出版会, 1989: 1-79
- 17) Mayeroff M: ケアの本質 生きることの意味 (田村真・向野宣之訳). 東京: ゆみる出版, 1989: 1-236
- 18) Benner P: ベナー看護論 (井部俊子・井村真澄・上泉和子訳). 東京: 医学書院, 1992: 1-228
- 19) Parse RR: Nursing Science: Major Paradigms, Theories and Critiques. Philadelphia, W. B. Saunders, 1987: 1-214
- 20) Watson J: ワトソン看護論 (稲岡文昭・稲岡光子訳). 東京: 医学書院, 1992: 1-155
- 21) Chipman Y: Caring: Its Meaning and Place in the Practice of Nursing. Journal of Nursing Education 1991; 30 (4): 171-175
- 22) Schipperges H: Medizin als konkrete Philosophie. Der Deutsche Apotheker 1983; 35: 1-7